

特集 複視

序 論

石川 均*

日々の外来診察で複視を主訴に受診する方を少なからず診察されると思う。本特集にあるようにまず複視は単眼性と両眼性に分類される。単眼複視は角膜、水晶体を中心に、ときに網膜が原因で生ずることがほとんどで、眼科医が診断・治療を行う。一方、両眼性複視は外眼筋、脳神経、その接合部異常、ときに共同性斜視や眼振で生ずることがほとんどであり、眼科医の苦手分野かもしれない。さらに高次脳機能障害による単眼・両眼複視の訴えもあり、大変厄介である。このように複視の原因は多岐にわたり診察・検査に時間がかかることも多く、できれば避けて通りたい分野ではないだろうか。特に両眼性複視は斜視検査や Hess 赤緑試験等、日常の診療ではあまり用いないものも多く、知識、経験が豊富な視能訓練士の助けが必須でもある。

昨今、白内障手術や屈折矯正手術が進歩し、多数例の手術が行われていることは周知のごとくである。ここであえてこの話題を持ち出したのには理由がある。これらの手術が終了した後、単眼での視力は術者の狙い通り完璧であっても、ときに術後複視を訴え、見えかたの不満を述べる方がいる。その多くは正面眼位が正位ではなく斜視を認めることが多い。斜視は幼少時からの共同性斜視と麻痺性斜視に分類され、幼少時からの斜視では

抑制がかかり、理論上複視は出ないはずである。しかし手術により屈折や視力がある時点で突然変化すると、特に夜間運転の前車の尾灯やテレビ等、固視目標が光である場合に注視が不十分であることもあり、複視によって大きな不自由を感じたり、間欠性外斜視となり両眼正位にすると近視化する斜位近視が生じたりすることもある。近年の研究から特に高齢者の多くは外眼筋周囲の結合組織が変性しており、水平、上下、ときに回旋斜視を有する者が多い。術前に斜視検査や眼球運動の検査ができ、診断が確定していれば問題ないが、なかなかそういうわけにはいかない。せめて問診票で斜視の既往や指摘を記載してもらい、複視の有無に○をする等の簡単な対策を練っていただき、術後複視の可能性を伝えておけば、少なくとも今より術後トラブルも減少すると考える。

序論に複視に対する私見を述べたが、本特集では、単眼複視、麻痺性斜視、その光学的治療、外科的治療と第一線の専門家に記述いただいた。このような状態を起こさない、また生じた後の治療法等をお読みいただき、明日からの診療の助けになれば幸いである。

*Hitoshi ISHIKAWA 北里大学医療衛生学部視覚機能療法学専攻